

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N^o 1082

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Natan LEWINSZTEJN

Né le 20 juin 1913, à Lublin (Pologne)

Présentée et soutenue publiquement le 24 octobre 1939

Sur les troubles viscéraux d'origine sympathique au cours du Zona

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur.

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme d'Éditions Médicales et Scientifiques

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1939



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **LEWINSZTEJN.**

Prénom : **Natan.**

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

1

LEWINSZTEJN (Natan). — Sur les troubles viscéraux d'origine sympathique au cours du Zona. — Paris, Maloine, édit., 1939, in-8°, 28 p.

(Th. méd. (Et.), Paris, 1939, N°.....)

2

LEWINSZTEJN (Natan). — Sur les troubles viscéraux d'origine sympathique au cours du Zona. — Paris, Maloine, édit., 1939, in-8°, 28 p.

(Th. méd. (Et.), Paris, 1939, N°.....)

3

LEWINSZTEJN (Natan). — Sur les troubles viscéraux d'origine sympathique au cours du Zona. — Paris, Maloine, édit., 1939, in-8°, 28 p.

(Th. méd. (Et.), Paris, 1939, N°.....)

4

LEWINSZTEJN (Natan). — Sur les troubles viscéraux d'origine sympathique au cours du Zona. — Paris, Maloine, édit., 1939, in-8°, 28 p.

(Th. méd. (Et.), Paris, 1939, N°.....)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Natan LEWINSZTEJN

Né le 20 juin 1913, à Lublin (Pologne)

Présentée et soutenue publiquement le 24 octobre 1939

Sur les troubles viscéraux d'origine sympathique au cours du Zona

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur.

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme d'Éditions Médicales et Scientifiques

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1939

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	N...
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LIAN.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	PASTEUR-VALLERY
	RADOT.
	CATHALA.
	Robert DEBRÉ.
	LÉVY-VALENSI.
	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CADENAT.
	BROcq.
	QUÉNU.
	MONDOR.
	VELTER.
	CHEVASSU.
	N...
	N...
	PORTES.
	MOCQUOT.
	LEVEUF.
	LOEPER.
	LEMAITRE.
	SÈNÈQUE.
	M. VILLARET.
	TROISIER.
	MATHIEU.
	DONZELOT.
	Clovis VINCENT
	N...
	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.
Professeurs sans chaire	



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BERNARD (Etienne.) Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin.) Hydrologie.
 BONNET Bactériologie.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BROUET..... Pathologie médicale.
 BULLIARD.... Histologie.
 CACHERA.... Pathologie médicale.
 CORDIER..... Anatomie.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 COUVELAIRE (Roger). Urologie.
 DELARUE Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGREZ (H.)... Physique.
 DESOILLE..... Médecine légale.
 DIGONNET Obstétrique.
 DOGNON Physique.
 FEVRE Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
 cale.
 M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
 thologique.

MM.

GALLIARD Parasitologie.
 GARCIN Pathologie médicale.
 DE GENNES... Pathologie médicale.
 HAGUENAU... Pathologie médicale.
 LACOMME..... Obstétrique.
 LANTUÉJOUL. Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LENÈGRE Pathologie médicale.
 M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
 MARCHAL Pathologie médicale.
 MÈNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET... Pathologie médicale.
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHER..... Physiologie.
 SÍCARD Pathologie chirurgicale
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU..... Obstétrique.
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique.

MM.

LE LORIER..... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PIÉDELIEVRE.. Médecine légale
 VAUDESCAL..... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE...	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale
BRULÉ		GATELLIER...	
CHEVALLIER...		de GAUDART	
LAROCHE Guy...		d'ALLAINES	
MOREAU		MOULONGUET	
SÉZARY		MOURE	

MM.	
ECALLE.....	} Clinique obstétricale.
VIGNES.....	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON FRÈRE

A MA SŒUR

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur d'Histoire de la Médecine et de Chirurgie
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital de la Pitié
Officier de la Légion d'honneur

*En témoignage de notre profonde gratitude
pour le grand honneur de nous avoir inspiré
le sujet, et de présider cette thèse.*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX
DE PARIS

Sur les troubles viscéraux d'origine sympathique au cours du Zona

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

Déjà les anciens auteurs avaient noté la part du système nerveux dans le zona.

Au XVIII^e siècle, LORRY, puis BORSIERI avaient remarqué l'existence constante des névralgies à côté des symptômes cutanés.

En 1835, REYER insiste sur le symptôme « douleur » et en 1856, PARROT fait du zona « une manifestation toujours secondaire subordonnée à l'existence d'une névralgie de nature rhumatismale ou dyseptique ».

Plus tard, les recherches de MAX LAEHR et HAHN ont précisé que la topographie du zona était une topographie radiculaire.

En 1883, HARDY a, le premier, signalé une paralysie accompagnant le zona.

Le fait a été maintes fois confirmé depuis.

Enfin, plus récemment, on a remarqué l'existence possible des divers troubles sympathiques accompagnant le zona.

En 1919, SIGARD, H. ROGER et VERNET y faisaient allusion.

Mais au début on n'envisageait que les troubles sympathiques cutanés. Or, nous savons aujourd'hui que les divers

centres sympathiques se trouvant dans le névraxe donnent naissance à deux séries de filets nerveux : les uns à destination de la peau, les autres à destination viscérale.

Il est donc tout à fait naturel que le zona s'accompagne de troubles viscéraux.

SYMPTOMATOLOGIE DU ZONA

Le zona ou « herpès zoster » est caractérisé par l'apparition au niveau d'un territoire radiculaire de phénomènes douloureux et d'une éruption vésiculeuse en même temps qu'on constate la présence de phénomènes généraux, le zona étant essentiellement une maladie infectieuse (Nous ne nous occuperons ici que du zona essentiel).

Presque toujours, l'éruption est précédée de prodromes. Ce sont, d'une part, des sensations de picotement, de cuisson, dans la région qui va être atteinte.

Ce sont, d'autre part, des phénomènes généraux : du malaise, de l'anorexie, de la lassitude et des réactions fébriles variant avec le sujet et avec l'intensité de la maladie.

L'éruption est constituée par des plaques d'un rouge vif ; elles sont surélevées et disparaissent par la pression. De dimensions variables elles sont ovalaires, elliptiques, leur grand axe suivant la direction des nerfs de la région. Ordinairement par leur réunion elles forment de véritables placards, unilatéraux, à contours polyéliques.

Au bout de quelques heures apparaissent au centre de la plaque, des vésicules transparentes, brillantes, perlées,

Ces vésicules sont gonflées de liquide ; le contenu est citrin.

Au bout de quelques jours, les vésicules se troublent, puis se flétrissent par résorption du liquide.

En outre de cette éruption, on note la présence de douleurs névralgiques, des phénomènes généraux comme :

température plus ou moins élevée, état saburral des voies digestives et un gonflement douloureux des ganglions lymphatiques correspondant à la région cutanée atteinte.

Variétés de siège du zona.

Les variétés les plus fréquentes du zona sont : le zona intercostal et le zona lombo-abdominal. Le zona ophtalmique est lui aussi assez fréquent, de même que le zona auriculaire.

La moitié sous-ombilicale du corps est moins souvent atteinte. On distingue le type lombo-inguinal siégeant sur la paroi abdominale, la région inguinale, les organes génitaux, type dont nous citerons un cas dans ce travail.

Complications du zona. Pronostic.

Le pronostic du zona est habituellement bon, surtout chez les sujets jeunes.

Les complications dépendent soit de l'intensité des phénomènes cutanés, soit des affections secondaires.

Tous les intermédiaires sont possibles entre la forme hémorragique et la forme gangréneuse.

Parmi les complications du zona, il faut citer les complications nerveuses, connues, surtout depuis ces dernières années.

Ainsi, on a signalé des paralysies musculaires ordinairement localisées à la région atteinte par l'éruption ; quelquefois elles se produisent à distance et sont unilatérales.

D'autres paralysies siègent sur le nerf facial ou sur la troisième paire.

Les paralysies des muscles striés ne sont pas les seules complications nerveuses au cours du zona :

C'est ainsi qu'on observe très fréquemment des mani-

festations sympathiques et parmi ces dernières, il faut citer surtout celles qui sont le point de départ de troubles viscéraux.

Ces troubles viscéraux sont surtout : les troubles cardiaques, gastriques, intestinaux et vésicaux, suivant le territoire touché par l'infection.

Nous allons maintenant citer quelques observations de malades ayant présenté ces troubles.

OBSERVATIONS

Observation I (Inédite)

(Due à l'obligeance de MM. LAIGNEL-LAVASTINE et LARGEAU).

Le 5 mars 1935, le Dr LARGEAU a été appelé en consultation pour un de ses malades, M. M... âgé de 72 ans, qui présentait des signes nets de rétention d'urine aiguë.

Par l'interrogatoire, on apprend que le malade présente une impossibilité absolue d'uriner, depuis le matin. Il est agité, anxieux, ses douleurs sont vives et les besoins répétés et pressants.

La palpation de la région hypogastrique révèle la distension et la présence du globe vésical à matité ovoïde à la percussion. En même temps, le malade présente sur les régions crurale, fessière, périnéale et scrotale droites, un zona typique avec des plaques rouges et des vésicules.

Toutes ces régions sont très douloureuses. La température est de 38°5.

Un urologiste mandé d'urgence confirme le diagnostic et sonde le malade. Il retire de l'urine trouble à forte odeur, sans microbes.

Le toucher rectal révèle une prostate un peu hypertrophiée.

Antécédents personnels : épileptique depuis toujours, prend régulièrement 0 gr. 30 de gardénal par jour. Depuis quelque temps, il présentait une légère intolérance vésicale avec pollakiurie et mictions nocturnes.

Cette rétention d'urine a duré six jours (on était obligé de sonder pendant ce temps le malade), exactement comme le zona et le septième jour l'expulsion volontaire d'urine a coïncidé avec l'atténuation des douleurs, la chute de la température en même temps que les vésicules ont commencé à se flétrir.

Tout est rentré dans l'ordre au bout de huit jours.

Seule une légère intolérance vésicale qui existait déjà avant cette rétention d'urine aiguë a persisté.

Enfin, le malade se porte toujours bien.

Observation II

(Paul CHÈNE et Henri GISSELBRECHT).

L'un de nous est appelé en juillet 1932 en consultation avec le Dr MULLER, pour une de ses malades qui présentaient depuis le matin des signes nets de sub-occlusion.

Mme Del..., âgée de 62 ans, a été prise deux jours avant de douleurs vives de la base du thorax et du flanc gauche. Sujette à des « douleurs intercostales » elle ne s'en est pas inquiétée et s'apprêtait à quitter Paris pour rejoindre sa province, quand brusquement le 10 juillet, elle est prise de douleurs et de météorisme abdominal.

A l'interrogatoire, la malade vue à midi n'a pas rendu de gaz depuis minuit environ.

Elle se plaint de douleurs vives, de ballonnement du ventre. Elle était très constipée et depuis deux jours cette constipation inhabituelle ne pouvait être mise sur le compte de la médication (la malade n'avait pris que de l'aspirine), ni du régime puisqu'on avait conservé ses habitudes antérieures.

A l'examen, le météorisme est net, diffus. Pas de mouvement de reptation, pas de bruits hydroacétiques.

Rien d'anormal au toucher vaginal, ni rectal. Mais en relevant la chemise de la malade pour préciser le siège de la douleur, on aperçoit une éruption zostérienne typique à la hauteur des 9^e, 10^e espaces intercostaux et des exsudats assez bas à mi-chemin entre le bord costal et l'ombilic.

Par ailleurs, rien de particulier à l'examen clinique général. Le pouls est bon, régulier, la langue humide. La malade n'a que quelques nausées, ni vomissements, ni hocquet.

Devant la bénignité des signes toxiques, on décide de rester dans l'expectative, réservant le pronostic, mais en évoquant la possibilité d'un retentissement zostérien. Le soir, les signes sont

les mêmes, mais dans la nuit l'émission abondante des gaz et des matières justifie l'hypothèse.

Les suites sont simples. Un lavement opaque de contrôle ne montre aucune anomalie colique. Depuis, la malade guérie de son zona en une vingtaine de jours, ne présente aucun accident intestinal.

Observation III

(Paul CHÈNE et Henri GISSELBRECHT).

Le 12 octobre 1936, Mme W... est conduite par son fils, dentiste, à la consultation de gastro-entérologie de l'Hôpital Saint-Antoine, pour un tableau de sub-occlusion remontant à une semaine.

En dépit de laxatifs nombreux et de lavements, aucune évacuation n'a pu être obtenue.

La malade dit n'avoir aucun gaz. Elle accuse un état nauséux permanent, pas de vomissements.

A l'examen : abdomen considérablement météorisé. L'état général est médiocre : langue sèche, pouls rapide.

Le cliché radiologique ne révèle aucune altération du cadre colique, ni spasmes, ni arrêt organique.

A l'examen des téguments, on note l'existence de croûtelles à disposition en écharpe nettement radiculaires, occupant les 8^e, 9^e et 10^e espaces intercostaux gauche, dont l'aspect permet le diagnostic rétrospectif du zona.

L'éruption a débuté cinq jours avant l'apparition des troubles intestinaux.

L'examen neurologique permet de noter quelques troubles de la sensibilité objective et surtout subjective, mais pas de modification de réflexes cutanés abdominaux.

L'examen radiologique négatif faisant éliminer une lésion organique du côlon, on temporise et l'on prescrit la radiothérapie radiculaire (D^r GIBERT).

La première séance amène une sédation notable de troubles douloureux subjectifs en même temps que le malade évacue une selle.

Alors que les douleurs persistent quelque temps, le colon de matières redevient complètement régulier.

Observation IV

(Paul CHÈNE et Henri GISSELBRECHT).

M. le Général L..., âgé de 71 ans, est atteint depuis plusieurs années d'un rhumatisme chronique déformant, très accusé et d'une tachycardie irréductible.

Il n'a jamais présenté de troubles intestinaux et notre Maître, M. le Dr BENSAUDE, qui l'a suivi, n'a jamais eu à s'occuper de son tractus intestinal.

Le 10 octobre 1935, l'un de nous est appelé pour une douleur extrêmement vive et intense à la base de l'hémithorax gauche.

Cette douleur est aisément rattachable à un placard rouge, croûteux, siégeant dans le dos au 8^e espace intercostal gauche à un travers de doigt de la ligne médiane.

Un pansement isolant est prescrit et, préventivement, on conseille une série de vaccin neurotrope.

Etat stationnaire le lendemain.

Le surlendemain, on nous rappelle en raison de l'apparition d'un météorisme très accentué avec gêne respiratoire, d'un arrêt de gaz très net et d'une constipation de deux jours.

Le réflexe cutané abdominal est conservé.

Le malade, très fatigué, a des nausées, accuse quelques coliques; sa langue est sèche.

L'éruption du zona s'est étendue, les placards sont rouges, vigneux, les vésicules nombreuses ont eu une collerette nécrotique. Elles s'étendent en écharpe oblique jusqu'au voisinage de l'ombilic.

Malgré l'état assez précaire, nous décidons de temporiser 24 heures, nous souvenant de l'observation antérieure.

Trois lavements dont un purgatif sont administrés sans effet.

Le tableau devient alarmant quand, brusquement, le malade émet des gaz et des matières abondantes.

^s L'état local se rétablit très rapidement et si le placard dorsal irrité met quelque temps à se cicatriser, les douleurs vives au début, disparaissent complètement et définitivement en une douzaine de jours.

Le malade est revu régulièrement depuis et ne présente aucun trouble intestinal. Son état général reste le même.

Nous allons maintenant résumer brièvement quelques observations recueillies dans la littérature médicale.

Observation V

(A. SCHNEIDER).

Un homme jeune et vigoureux, sans aucun passé pathologique, présente le 11 avril 1922 un état infectieux avec température à 39°, courbature, toux, anorexie.

A l'examen, quelques râles de bronchite.

Pas de bacille de Koch dans l'expectoration.

Examen radiologique négatif.

Diagnostic en suspens.

Le 18 avril, l'examen révèle un frottement péricardique très intense.

Pourtant, aucun signe fonctionnel.

A l'examen radioscopique, cœur dilaté. Aucun signe faisant suspecter la maladie Bouillaud.

Le 20 avril, apparaît dans la région sus-claviculaire gauche, un zona typique avec lymphocytose de liquide céphalo-rachidien.

Au moment où s'atténue l'éruption, la température s'abaisse, une crise urinaire se fait, le frottement diminue d'intensité.

Le malade sort au bout de 23 jours.

Observation VI

(A. SCHNEIDER).

Chez M. L..., âgé de 74 ans, qui est un vieillard robuste, sans passé pathologique digestif, apparaissent des douleurs dans la fosse iliaque droite.

Le lendemain, il se purge d'où diarrhée pendant plusieurs jours.

L'examen radiologique révèle une gêne de l'évacuation cæcale, en rapport avec un spasme siégeant à l'union du cæcum et du côlon ascendant.

Le 13^e jour apparaît un zona lombo-abdominal droit avec paralysie des muscles abdominaux du côté droit et une dilatation cœcale considérable.

Pendant 3 semaines aux douleurs cutanées abdominales se joignent des coliques très pénibles.

Finalement, l'apparition d'une selle spontanée coïncide avec la fin de la maladie.

Observation VII

(A. SCHNEIDER).

Chez une femme de 73 ans, l'apparition d'un zona thoraco-abdominal est précédée de coliques et diarrhées bientôt suivies de constipation opiniâtre.

L'examen révèle une parésie des muscles abdominaux, une distension cœcale, du subictère.

Pendant un mois les douleurs propres de l'éruption zostérienne coïncident avec des coliques abdominales, une constipation opiniâtre.

La guérison des troubles intestinaux apparaît au moment où s'atténuent les douleurs proprement zostériennes.

Observation VIII

(LOEPER, 1911).

Malade atteinte de névralgies du 6^e espace intercostal gauche.

Le 7^e jour, mouvement fébrile, placards rouges, vésicules.

En même temps, douleurs gastriques, sourdes, envie de vomir, constipation.

Le zona décroît au bout de 7 jours, en même temps que les douleurs de l'estomac s'atténuent.

Observation IX

(W. MANN).

Mme Emilie, 66 ans, hospitalisée le 7 mars 1930, se plaint de douleurs à la face interne du membre inférieur droit.

Depuis deux jours, exanthème vésiculeux au milieu, à côté et sous le genou droit (3^e segment lombaire, Head).

Urine plus souvent que normalement.

Présence d'albumine dans l'urine.

Pas de sucre.

Zona du 3^e segment lombaire qui guérit normalement.

Observation X

(Paul CAMUS et BAUFFE).

P. Ant..., 32 ans, entre à l'hôpital le 3 avril pour crises gastriques : douleurs et vomissements.

Aucun signe clinique de spécificité. Par contre, on note la présence de cicatrices de zona. Ces cicatrices sont toutes au-dessous d'une horizontale passant par l'ombilic et correspondant, comme territoire, à la distribution des vaisseaux issus des 10^e et 11^e racines dorsales.

Ainsi nous venons de voir que le zona peut s'accompagner dans certains cas de troubles de divers viscères, suivant le territoire touché par l'infection.

Or, étant donné que le zona est une maladie infectieuse, on peut se demander si les troubles des divers viscères ne sont pas de même nature que ceux qu'on observe au cours de n'importe quelle maladie infectieuse.

Pour répondre, il suffit de faire observer ceci : le zona est en général, une maladie infectieuse légère et dont les signes fonctionnels sont peu intenses.

Tout au contraire, les troubles que nous avons étudiés dans nos observations dépassaient beaucoup en intensité et en durée, le syndrome infectieux.

Enfin, l'organe qui réagit n'est pas un organe quelconque, mais c'est celui qui se trouve dans le métamère touché par l'infection.

Pour comprendre ce fait, nous devons dire un mot de ce qu'on appelle le « dermatome ».

Dermatome.

On sait qu'il y a correspondance entre un viscère et un territoire cutané qui devient très sensible au cours d'une affection du viscère considéré.

Ces territoires sont dans leur distribution analogues à ceux qui sont le siège de l'éruption au cours du zona, c'est-à-dire qu'ils ne suivent pas le trajet des nerfs périphériques, mais plutôt celui des groupes de fibres correspondant à différents segments de la moelle et, en rapport avec la distribution cutanée du grand sympathique.

Ainsi, une irritation née au niveau d'un viscère sera conduite à la moelle par le sympathique ; à ce niveau, elle se raccorde aux voies de la sensibilité cérébro-spinale et atteint la corticalité.

A ce moment, devenue consciente, elle est projetée au niveau du territoire cutané qui répond au segment médullaire primitivement touché par l'irritation sympathique.

C'est cette zone cutanée qui porte le nom de « dermatome ».

Déjerine donne les principaux dermatomes suivants :

D₁, D₃ : Cœur, crosse de l'aorte.

D₁, D₅ : Poumons.

D₆, D₉ : Estomac.

D₇, D₁₀ : Foie, vésicule biliaire.

D₉, D₁₂ : Intestin grêle, côlons.

D₁₀, D₁₁ : Prostate.

D₁₁, L₁ : Reins, uretère.

D₁₁, D₁₂, L₁ : Vessie.

L₅, S₃ : Prostate.

S₁, S₄ : Rectum.

S₁, S₂, S₄ : Vessie.

D₁₀ : Testicule, ovaire.

D₁₀, L₁ : Utérus.

D₁₁, L₁ : Epididyme, annexes.

Si nous résumons nos observations en tenant compte du siège du zona, on obtient :

Obs. I : S₁, S₂, S₄ : Paralysie de la vessie.

Obs. II, III, IV, D₉, D₁₂ : Iléus (intestin).

Obs. V, C₄ : Péricardie.

Obs. VI, D₉, D₁₀ : Spasme cœcal.

Obs. VII, D₈, D₉ : Diarrhée, constipation.

Obs. VIII, D₆ : Crises gastriques.

Obs. IX, 3^e segm. lombaire : Cystite.

Obs. X, D₁₀, D₁₁ : Crises gastriques.

Ainsi on voit que l'éruption zostérienne siège dans le dermatome correspondant aux troubles viscéraux observés.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On sait que les cellules sympathiques qui se trouvent dans la moelle sont groupées dans la partie latérale de la corne antérieure.

Normalement, dans le zona les lésions nerveuses sont : une ganglio-radiculite postérieure.

Mais si dans certains cas, la base de la corne antérieure est lésée en même temps que la corne postérieure il est aisé de comprendre la possibilité d'atteinte de la colonne sympathique. C'est cette atteinte qui nous explique l'existence de troubles de viscères et ceci par l'intermédiaire du système vago-sympathique.

CONCLUSIONS

I. — Au cours du zona, on peut observer divers troubles viscéraux dont :

1^o les uns constituent ce qu'on appelle les troubles fonctionnels ou généraux et qui sont de même nature que ceux qu'on observe au cours de n'importe quelle maladie infectieuse ;

2^o les autres sont d'origine sympathique.

II. — Ce sont ces derniers qui nous intéressent. Ils peuvent se manifester au niveau de divers viscères, suivant le siège de l'infection.

III. — Le viscère touché se trouve dans le territoire viscéral qui correspond métamériquement au segment cutané où siège l'éruption.

IV. — Ces troubles sont dus à une atteinte de la zone viscéro-motrice et viscéro-sensible de la moelle épinière ainsi que des ganglions spinaux.

Vu : Le Président de la thèse,
LAIGNEL-LAVASTINE.

Vu : le Doyen,
TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ROGER (G.-H.), WIDAL (F.) et TESSIER (P.-J.). — *Nouveau Traité de Médecine*, fascicule 2, pp. 386-387.
- SCHNEIDER (A.). — Zona et troubles viscéraux, Thèse Paris, 1935.
- CHÈNE (Paul) et GISSELBRECHT (Henri). — Sur trois cas d'iléus zostérien in *Cahiers de Gastro. Entérologie*, 15 juin 1936, p. 9-11.
- CAMUS (P.) et BAUFFE. — Crises gastriques et zona. *Paris médical*, 1912, p. 47.
- CHAMPION. — Manifestation à distance dans le zona. Thèse Paris 1900.
- DÉJERINE. — Séméiologie de l'affection du système nerveux.
-

